



Formulario de Solicitud

Programa de Renovación de Exención de Autismo

División de Autismo del Departamento de Servicios de Desarrollo

Información del Niño (por favor escriba en letra de molde o en maquinilla)

Nombre del Niño	
Fecha de Nacimiento del Niño	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Mes Día Año
Número de Seguro Social del Niño	<input type="text"/>
Para niños de 3 Años:	¿Está su niño en transición de finalizar la Intervención Temprana? (Circule) Sí No
Género del Niño	<input type="checkbox"/> Niña <input type="checkbox"/> Niño
Dirección Postal	
Ciudad	
Estado	
Código Postal	
Nombre del Padre/Guardián	
Preferencia de Lenguaje Hablado	
Preferencia de Lenguaje Escrito	

Información del Diagnóstico:

¿Tiene el niño un diagnóstico verificado de un Desorden de Espectro de Autismo? Sí NO

Si contesta Sí, ¿cuál es el diagnóstico? (Marque uno):

- El Trastorno de Autismo El Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado de Otra Manera (PDD-NOS)
 El Trastorno de Desintegración de la Infancia El Síndrome de Retts o Síndrome de Asperger
 Por favor, indique otras condiciones médicas, cognitivas o psiquiátricas relacionadas que afectan a su niño:

Información de MassHealth:

¿Recibe actualmente su niño los Beneficios Regulares de MassHealth (MH)? Sí NO

Si contesta Sí, por favor provea el número de identificación que se encuentra en la tarjeta de MassHealth de su niño:

Número de Cuenta

Instrucciones para la Matrícula:

- Todos los formularios deben tener un matasellos del Correo entre el 20 de septiembre y el 1 de octubre
- Recuerde que tiene que llenar todo el formulario
- Por favor, utilice un bolígrafo para escribir y firmar
- Sólo se acepta una solicitud por niño; el DDS descartará cualquier solicitud duplicada
- Para poder ser considerado elegible para el Programa de Exención de Autismo, usted debe completar su solicitud dentro de los 10 días del periodo disponible para solicitar
- Por favor, envíe su solicitud a:
DDS Autism Division, Att. Autism Renewal Waiver, 500 Harrison Ave, Boston, MA 02118

Yo he llenado este formulario correctamente y he contestado la verdad según mi mejor entender.

Firma:

Fecha: